

# 协同发展视角下长三角职工医保门诊统筹政策差异分析

冯逸佳<sup>1,2\*</sup> 张璐莹<sup>1,2</sup> 李骄阳<sup>1,2</sup> 张森伟<sup>1,2</sup> 陈 文<sup>1,2</sup>

1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032  
2. 复旦大学长三角医疗保障研究中心 上海 200032

**【摘要】**目的:梳理长三角职工医保门诊统筹政策差异,从协同发展视角提出政策建议。方法:收集2024年8月以前长三角省级和部分经济发达城市职工医保普通门诊费用统筹、门诊慢特病和零售药店纳入门诊统筹三个方面的政策进行内容分析,并选取典型案例详细介绍。结果:长三角门诊共济保障水平整体较高,个人账户支付场景向商业保险、长护险、家庭医生签约费拓展;门诊慢特病数量从上海3类门诊大病到安徽83类省级门诊慢特病不等;零售药店政策在准入条件、待遇保障等方面差异较小,电子处方快速推进,苏州积极探索零售药店总额预算管理。结论:在“差异化协同”原则下优化长三角门诊统筹保障待遇;推动门诊慢特病由“病种保障”向“费用保障”转变;加强门诊统筹零售药店管理,完善长三角异地门诊和购药费用直接结算协同监管机制。

**【关键词】**门诊统筹; 门诊共济; 长三角协同发展; 零售药店; 门诊慢特病  
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.04.003

## Policy analysis on general outpatient fund pooling of employee basic medical insurance from the perspective of coordinated development of Yangtze River Delta Region

FENG Yi-jia<sup>1,2</sup>, ZHANG Lu-ying<sup>1,2</sup>, LI Jiao-yang<sup>1,2</sup>, ZHANG Sen-wei<sup>1,2</sup>, CHEN Wen<sup>1,2</sup>  
1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China  
2. Yangtze Delta Institute of Health Insurance Research, Fudan University, Shanghai 200032, China

**【Abstract】** Objective: To analyze policy differences in general outpatient fund pooling of employee basic medical insurance in Yangtze River Delta Region and raise suggestions from the perspective of coordinated development. Methods: The study analyzed policy documents on general outpatients financing, outpatient chronic and special diseases, and inclusion of retail pharmacies into risk pooling at provincial level and in some economically developed cities before August, 2024. Typical cases were selected for detailed introduction. Results: General outpatient coverage of employee medical insurance in Yangtze River Delta Region is high, with individual account payment scenarios expanding to commercial health insurance, Long Term Care Insurance and family physician contracted service fees. Number of outpatient chronic and special diseases ranges from 3 to 83. Retail pharmacy policies differ less in access conditions and treatment and e-prescription is advancing rapidly. Suzhou is actively exploring total budget management of retail pharmacies. Conclusions: Outpatient fund pooling policies should be gradually promoted under the principle of “differentiated coordination”. It is necessary to transform outpatient chronic and special diseases from “disease coverage” to “cost coverage”; strengthen the management of retail pharmacies under the outpatient fund pooling scheme, and improve the coordinated regulatory mechanism for direct settlement of outpatient and medication expenses incurred in other places in the Yangtze River Delta.

**【Key words】** Outpatient fund pooling; Outpatient co-payment; Yangtze River Delta co-development; Retail pharmacy; Outpatient chronic and special diseases

\* 基金项目:国家自然科学基金(72374049)  
作者简介:冯逸佳(2002年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生经济学与医疗保障。E-mail:23111020073@m.fudan.edu.cn  
通讯作者:张璐莹。E-mail:zhangluying@fudan.edu.cn

2019 年 12 月,中共中央、国务院印发《长江三角洲区域一体化发展规划纲要》<sup>[1]</sup>,明确将健康长三角作为三省一市(江苏省、安徽省、浙江省和上海市)协同发展的重要目标,积极推进长三角优质医疗资源统筹共享。门诊统筹是由医疗保险支付门诊费用的一种形式,通过将参保人员的门诊费用纳入医保支付范围,实现基本医疗保险统筹基金和个人对门诊费用的共同承担。<sup>[2]</sup> 2021 年 4 月,国务院办公厅出台《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(国办发〔2021〕14 号),旨在完善职工医保普通门诊费用统筹机制,增强门诊共济保障功能。<sup>[3]</sup> 由于经济发展水平和医疗资源分配的差异,长三角地区门诊统筹政策呈现出明显差异。

当前,关于职工医保门诊统筹的政策研究多从普通门诊费用统筹、门诊慢特病或零售药店纳入门诊统筹等单一内容展开<sup>[4-9]</sup>,且多集中于全国范围或单独省市的政策比较,少有基于区域协同发展视角对门诊统筹领域的政策进行全面分析。基于此,本文尝试从职工医保普通门诊费用统筹、门诊慢特病保障及零售药店纳入门诊统筹三个方面系统梳理长三角地区职工医保门诊统筹现有政策,总结各地发展现状及政策异同,从区域协同发展视角为优化长三角门诊统筹政策提供建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

以“门诊共济”“门慢门特”“零售药店”“门诊统筹”等为关键词,在长三角省市级政府、医保局官网进行全文检索,收集长三角三省一市以及各省会城市、部分经济发达城市关于职工医保门诊统筹的相关政策文件。政策文件发布时间截至 2024 年 8 月。最终共检索到普通门诊费用统筹、门诊慢特病和零售药店纳入门诊统筹三个维度下,上海、江苏、浙江、安徽 4 省(市)省级政策以及南京、苏州、杭州和合肥 4 市市级政策文件共 24 份。

### 1.2 资料分析

采用内容分析法,通过提取关键条目、对比政策要素等系统梳理长三角职工医保门诊统筹政策,从以下三个维度综合比较:(1)普通门诊费用统筹:分析起付标准、支付比例、封顶限额、个人账户使用场景等;(2)门诊慢特病:比较病种范围、待遇水平等;

(3)零售药店纳入门诊统筹:考虑准入条件、待遇水平、药品采购来源及价格、电子处方流转情况等。

## 2 结果

### 2.1 普通门诊费用统筹

#### 2.1.1 待遇水平

##### (1)起付线

省级层面,安徽对普通门诊共济起付线的规定较为具体,按照医疗机构等级设置为 200 ~ 400 元。上海更为细化,规定职工医保的起付线标准为其当年个人账户金额与自付段费用总和,其中自付段费用根据是否在职、退休时间设置为 200 ~ 500 元不等。江苏和浙江未在省级层面明确详细金额,但规定了最高值。市级层面,南京未设置起付线,苏州与省级一致。杭州和合肥均为 1 000 元/年,退休职工起付线适当下降。

##### (2)支付比例

省级层面,长三角支付比例体现不同等级医疗机构的差异,仅江苏模糊规定支付比例不得低于 60%。浙江仅要求基层医疗机构支付比例从 60% 起步。安徽细化一、二、三级医疗机构支付比例在 50% ~ 60%,退休职工提高 10%。上海在长三角地区处于较高水平,一、二、三级医疗机构依次为 80%、75% 和 70%。市级层面,南京按费用对支付比例做分段规定,根据就诊医疗机构等级和是否退休有所差异。

长三角各省市的支付比例均呈现向退休职工倾斜的特点。浙江、安徽和合肥退休职工的支付比例在各级医疗机构均提高 5%,杭州提高 6%。上海进一步按照退休时间划分,支付比例分别提高 5% 和 10%。

##### (3)封顶线

上海和浙江未设置门诊费用的单独最高限额,仅安徽明确封顶线为 2 000 元/年,退休职工增加 1 000 元/年。江苏自 2023 年 1 月起,将门诊统筹的最高支付限额调整至统筹地区 2021 年全口径城镇单位就业人员年平均工资的 8%。

市级政策封顶线与省级基本一致。南京设置为 15 000 元/年,杭州未设置封顶线,合肥在职职工封顶线标准高于省级,达到 4 000 元/年,退休职工提高 1 000 元/年,各省市门诊详细待遇水平见表 1。

表 1 长三角职工医保门诊共济保障水平

| 省/市 | 起付线                                                                                    | 支付比例                                                                                                               | 封顶线                                  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 上海  | 当年个人账户加自付段的总额;自付段费用标准为:在职职工 500 元;2000 年 12 月 31 日前退休 200 元;2001 年 1 月 1 日后退休职工 300 元。 | 在职职工一、二、三级定点医疗机构分别为 80%、75% 和 70%;<br>2000 年 12 月 31 日前退休职工分别为 90%、85% 和 80%,2001 年 1 月 1 日后退休职工分别为 85%、80% 和 75%。 | 无单独门诊最高支付限额                          |
| 江苏  | 不高于统筹地区 2021 年度全口径城镇单位就业人员年平均工资的 1%。                                                   | 不低于 60%                                                                                                            | 统筹地区 2021 年度全口径城镇单位就业人员年平均工资的 8% 左右。 |
| 浙江  | 退休人员减半执行                                                                               | 基层医疗机构支付比例从 60% 起步,退休职工提高 5%。                                                                                      | —                                    |
| 安徽  | 一级定点医疗机构 200 元/年,二、三级 400 元/年。                                                         | 一级定点医疗机构 60%,二、三级 50%,退休职工提高 10%。                                                                                  | 2 000 元/年,退休职工提高 1 000 元/年。          |
| 南京  | —                                                                                      | 分段设置。其中,0~1 000 元:40%~60%;1 000~5 000 元:60%~85%;5 000 元以上:65%~90%。                                                 | 15 000 元/年                           |
| 杭州  | 在职职工 1 000 元/年,退休职工 300 元/年。                                                           | 在职职工一、二、三级定点医疗机构分别为 86%、80% 和 76%,退休职工提高 6%。                                                                       | —                                    |
| 合肥  | 在职职工 1 000 元/年,退休职工 800 元/年。                                                           | 在职职工一、二、三级医疗机构分别为 60%、55% 和 50%;退休职工提高 5%。                                                                         | 4 000 元/年,退休职工提高 1000 元/年            |

注:1. 上海仅对职工医保统筹基金的整体封顶线作出规定,最高支付限额 63 万元,最高支付限额以上的部分,仍按规定继续报销 80%;2. 合肥市和安徽省政策分别为 2022 年和 2023 年更新。

2. 1. 2 个人账户使用

整体看,长三角个人账户使用范围在支付内容和覆盖人群上均呈现扩大趋势。支付内容上,省级均支持个人账户用于城乡居民基本医疗保险个人缴费,并积极探索长期护理保险、定点零售药店、大病保险等场景。市级层面,南京个人账户支付场景最为全面,个人账户还可以应用于家庭医生签约、非免疫规划疫苗、失能人员照护保险、健康体检的费用及购买商业健康保险(表 2)。使用人群上,各省均支持个人账户用于家庭共济。

表 2 长三角个人账户支付场景

| 个人账户支付场景               | 省/市               |
|------------------------|-------------------|
| 定点零售药店发生的个人费用          | 上海、江苏、浙江、南京、苏州    |
| 城乡居民基本医疗保险的个人缴费        | 上海、江苏、浙江、安徽、南京、合肥 |
| 职工大额医疗费用补助(或大病保险)的个人缴费 | 江苏、浙江、苏州          |
| 长期护理保险个人缴费             | 江苏、安徽、南京、苏州       |
| 签约家庭医生由个人负担的服务费        | 南京、合肥             |
| 非免疫规划疫苗费用              | 南京、合肥、苏州、         |
| 失能人员照护保险的个人缴费          | 南京                |
| 健康体检费用                 | 南京、合肥             |
| 购买商业健康补充医疗保险(非惠民保)     | 南京、合肥、苏州          |

2. 2 门诊慢特病

2. 2. 1 病种数量

上海将门诊慢性病及特殊病统称为门诊大病,包括重症尿毒症(血透、腹透和肾移植术后排异治疗 3 项)、恶性肿瘤(放疗、化疗、同位素治疗、介入治疗和中药治疗 5 项)和精神病 3 类。江苏和浙江仅有门诊特殊病规定,前者共设置 8 类全省统一的门特病种(南京和苏州进一步增加至 13 类和 12 类),后者有 16 类(杭州额外增加对艾滋病的保障)。安徽目前共在省级层面设置 83 类门诊慢特病。

2. 2. 2 保障待遇

(1)起付线

省级层面,上海不设起付线。江苏规定不高于单次住院的年度起付线费用,其中严重精神障碍疾病不设置。浙江、安徽未做详细规定,后者明确各统筹地区自行设置。市级层面,南京、苏州不设起付线,合肥更加细化,根据不同医疗机构等级按年度设置。

(2)支付比例

上海在职职工门诊大病支付比例为 85%,退休职工增加至 92%。江苏规定不低于同级医疗机构住院的支付比例。浙江要求参照统筹区住院待遇水平,报销后个人自费部分纳入大病保险范畴。南京、

苏州和合肥在政策中具体规定了门诊慢特病的支付比例。南京在职职工为 92%, 退休职工 95%。苏州为 90%, 但其中部分病种实行分段式支付, 第二段可高达 95%。合肥按照医疗机构等级设置差异化报销水平, 退休职工提高 3%~5%。杭州按照住院费用结算。

各省市政策均向高负担病种倾斜。南京规定患有恶性肿瘤、器官移植术后抗排治疗、造血干细胞术后抗排、肾衰透析治疗 4 类疾病的 70 岁以上退休职工支付比例可进一步增加至 96%。苏州严重精神障碍患者可享受 100% 的报销水平。

(3) 封顶线

省级层面, 上海未设置门诊大病单独的支付限

额; 江苏门特和住院共用年度封顶线。市级层面, 封顶线主要根据病种差异化设置, 一般均按年度计算。南京封顶线范围为 10 000 (造血干细胞术后抗排辅助检查和用药、器官移植术后门诊抗排辅助检查和用药)~150 000 元 (恶性肿瘤门诊放化疗)。苏州为 3 800 (老年性白内障)~100 000 元 (血友病)。合肥在 2 000 (严重性春季角结膜炎、普通型慢性荨麻疹)~256 000 元 (法布雷病)。此外, 南京规定严重精神障碍疾病、艾滋病和肾透析 3 类疾病实行按人头包干结算。苏州明确恶性肿瘤治疗期、器官移植抗排异治疗和慢性肾衰透析治疗 3 类病种不设置封顶线。

表 3 长三角门诊慢特病保障待遇

| 省/市 | 起付线                                           | 支付比例                                                                             | 封顶线                                                      |
|-----|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 上海  | —                                             | 在职职工 85%, 退休职工 92%。                                                              | 无单独门诊大病支付限额                                              |
| 江苏  | 按年度计算, 不高于单次住院起付线, 严重精神障碍不设起付线。               | 不低于同级医疗机构住院报销的支付比例。                                                              | 门特与住院共用年度封顶线。                                            |
| 南京  | —                                             | 在职职工 92%, 退休职工上调至 95%, 患有恶性肿瘤、器官移植术后抗排治疗、造血干细胞术后抗排、肾衰透析治疗 4 类疾病的 70 岁以上退休职工达 96% | 按年度设置, 10 000~150 000 元; 严重精神障碍、艾滋病和肾透析实行按人头包干结算。        |
| 苏州  | —                                             | 90%; 部分病种分段式支付, 第二段支付比例可达 95%; 严重精神障碍达 100%                                      | 按年度设置, 3 800~100 000 元; 恶性肿瘤治疗期、器官移植抗排异治疗、慢性病肾衰透析治疗无封顶线。 |
| 浙江  | 参照统筹区住院待遇保障, 报销后剩余个人负担费用纳入大病保险支付范围。           |                                                                                  |                                                          |
| 杭州  | 在一个结算年度内, 参保人员发生的规定病种门诊医疗费用按住院费用结算但不设置住院起付标准。 |                                                                                  |                                                          |
| 安徽  | 各统筹区自行设置                                      |                                                                                  |                                                          |
| 合肥  | 按年度设置, 一、二、三级医疗机构分别为 200 元、400 元和 600 元       | 在职职工一、二、三级医疗机构分别为 94%、92% 和 90%, 退休职工提高 3%~5%                                    | 按年度设置, 2 000~256 000 元。                                  |

2.3 零售药店纳入门诊统筹

2.3.1 准入条件

长三角各省市在零售药店纳入门诊统筹工作中均提出了符合《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》、实现医保联网结算和完善的进销存系统三个方面的基础性准入条件, 并从药店场地规范、人员配备、药品采购与编码、档案管理和配送等制度几个方面提出了管理要求。合肥积极推进将符合准入要求的“双通道”定点零售药店纳入门诊统筹管理工作, 并将准入条件与药店考核结果挂钩, 将上年度医保信用考核评价结果优秀的零售药店纳入其中。南京在定点零售药店纳入门诊统筹的工作中也提出考核相关要求, 要求药店近 1 年内无违反医保规定情形, 且年度考核得分在 900 分及以上。

2.3.2 待遇水平

(1) 报销参照依据

上海和安徽规定零售药店执行处方开具机构的门诊待遇, 前者报销水平为 70%~80%, 后者为 50%~60%。江苏未明确具体支付比例, 但规定零售药店报销水平参考各地基层医疗机构待遇设定。

(2) 医保结算政策

安徽和浙江在省级文件中对零售药店异地医保结算做出相关规定。省内异地参保者就医购药医疗费用直接结算, 或凭有关票据前往相关部门报销; 跨省参保者遵照国家规定执行。异地参保者的报销待遇与参保地定点零售药店纳入门诊统筹的政策一致。

2.3.3 药品采购与价格

(1) 药品采购来源

除江苏未做明确规定外, 上海、浙江和安徽均支

持零售药店通过省级采购平台采购药品,其中安徽鼓励零售药店自愿参与药品集中带量采购。

(2) 医保支付标准

上海要求协议期内谈判药品和医保支付标准试点药品执行国家和省级统一制定的医保支付标准。安徽针对在集采平台挂网的医保目录其他药品,规定参照招采系统药品的挂网价格支付。

(3) 药品价格

药品零售价格方面,江苏倡导参考省级医药采购平台价格,安徽规定不高于其采购挂网价格。价格管理方面,长三角陆续开通药品比价功能。浙江最早于2024年7月上线“智能寻药一键通”<sup>[10]</sup>,对全市近4 000家定点零售药店和10万种药品的相关信息整合,并提供按处方寻药、按药品寻药和药品价格展示等功能;江苏同年9月上线“药价通”系统<sup>[11]</sup>,首批上线约3.2万家零售药店。

2.3.4 电子处方流转

安徽和苏州已出台关于医保电子处方流转的实施方案。上海已实现医保电子处方在全市定点医疗机构和零售药店全覆盖。江苏和浙江两省陆续开展电子处方流转试点,其中,浙江智慧医保系统已有效接入省内2.7万家定点医疗机构和零售药店<sup>[12]</sup>,江苏建设全省统一处方流转中心<sup>[13]</sup>,全省二、三级定点医疗机构电子处方中心对接率已达100%和60%。

2.4 典型案例

2.4.1 南京:建立个人账户健康激励机制

南京积极探索建立个人账户的健康激励机制<sup>[14]</sup>,旨在引导合理就医行为,提高医保基金使用效率。对于一个自然年度内未发生统筹基金支付(包含医疗费用零星报销,不包含门诊诊查费、一般诊疗费和核酸检测统筹基金支付)的职工医保参保者,次年个人账户增记200元;连续两年未发生,增记300元,以此类推(最高不超过500元)。

激励机制联动其他改革措施对南京市医保基金产生了结构性影响。2023年南京市职工医保个人账户支出101.98亿元,其中门诊60.93亿元,同比下降7.69%<sup>[15]</sup>,部分参保人受到激励约束减少了非必要门诊需求;全市2023年职工医保统筹基金累计结存245.65亿元,较2022年同比增长14.17%;个人账户结存285.51亿元,同比减少2.55%,个人账户资金流动性优化。

2.4.2 苏州:探索定点零售药店费用纳入门诊总额预算管理

苏州市在门诊统筹支付改革中创新性探索定点零售药店费用纳入门诊总额预算管理,并于2024年5月印发《关于完善我市门诊统筹支付政策的通知》(苏医保待医[2024]11号)<sup>[16]</sup>对B级定点零售药店、B级门诊部(诊所)进行预算控制。该机制的核心在于建立基于参保人数、年龄结构、疾病谱变化及待遇水平、政策调整等因素的科学预算编制体系:以前一年实际门诊费用为基础,乘以反映医保基金收支情况的调节系数(计算公式为当年职工基本医保与居民按缴费标准征收收入总和除以当年职工与居民基本医保基金支出之和)。全市参保人员在上述机构发生的医保目录内药品与诊疗费用由该部分预算予以支付。

在执行过程中,苏州也设置了“月度结算、年终清算”的双重调控机制。月度结算指医保经办机构取零售药店每月门诊费用实际发生数和预算总额指标1/12结果中的更低值拨付,以保障基金平稳运行,并允许各地医保机构依据年度预算实际执行情况动态调整月度金额。年度清算则是指每年清算预算总额指标,允许预算总额因突发性公共卫生事件、政策调整等原因在可承受范围内适当调整,以实现医保基金刚性与弹性的平衡。

3 讨论

3.1 门诊共济保障机制改革背景下长三角职工门诊统筹整体保障水平较高,区域协同态势明显

在职工医保门诊共济保障机制改革逐步深入的背景下,长三角整体门诊统筹保障水平在全国居于较高地位。普通门诊费用支付比例为60%~80%,保障水平较高,长三角41个城市1.8万家医疗机构异地就医门诊费用直接结算全覆盖;门诊慢特病保障呈现出明显的向基层医疗机构、大龄退休人员、重大负担疾病倾斜的特点,各省市待遇梯度设置科学性不断增加,积极探索慢特病用药目录和报销标准的区域互认;零售药店纳入门诊统筹服务覆盖面持续扩大,零售药店异地结算工作稳步推进,电子处方区域流转机制也不断完善。<sup>[17-18]</sup>长三角区域协同发展态势明显。

3.2 区域间门诊慢特病政策设计和待遇水平仍存在较大差异

长三角各省市门诊慢特病政策设计与待遇水平

仍存在较大差异。<sup>[19]</sup>政策设计上,上海将高血压、糖尿病等慢性病合并和普通门诊,针对门诊费用高的病种,各省市数量及名称差异较大,从上海 3 种门诊大病到安徽省级 83 种门诊慢特病不等;待遇水平上,各省市设置尚存在较大差异,可能会对患者异地就医时待遇可及性造成阻碍。

### 3.3 异地门诊与购药费用直接结算协同监管机制有待加强

长三角异地门诊与购药结算仍存在监管风险,医保系统的基础性对接虽已实现,但药品明细、诊疗记录等关键数据尚未完全互通。区域间药品目录、监管强度等政策差异可能会进一步引发监管套利,对医保基金造成冲击,尤其是零售药店具有结算频次高、单笔金额小等特点,其异地监管难度显著大于医疗机构。<sup>[9]</sup>此外,当前参保地监管部门主要采取事后审核方式,跨区域追溯协同成本较高,也难以直接监控就医地医疗服务质量<sup>[20]</sup>,同时各地数智化监管能力的不均衡也会放大协同难度。

## 4 建议

### 4.1 坚持“差异化协同”原则,分阶段推进区域门诊统筹政策统一

优先弥合长三角关键待遇差距,在起付线、支付比例和封顶线等方面设置更加精准科学的差额。建议根据各地职工医保门诊费用的实际分布情况合理设定起付线,有条件的地区也可不设起付线;同时借鉴上海经验,合理利用个人账户当年金额作为“隐性”起付线。允许各地结合经济发展和医保基金承受能力适当调整,完善待遇补差制度。继续深入推动长三角医保药品、诊疗项目与医疗服务设施“三个目录”统一,尤其是在当前全国医保药品目录基本统一的基础上,将诊疗项目和医疗服务设施目录的统一作为下一步工作重点,完善目录动态准入准出机制,逐步缩小区域保障范围差异,为全国的统一探索提供经验借鉴。

### 4.2 推动门诊慢特病保障由“病种保障”向“费用保障”转变

借鉴上海门诊慢特病聚焦“费用保障”的经验,淡化病种数量限制,增强门诊慢特病和住院待遇的合理衔接,减少因待遇差距过大产生的不合理住院行为。推动建立长三角门诊慢特病通用清单,考虑率先试点三省一市统一认可的慢性病和特殊病,逐

步实现长三角门诊慢特病病种范围统一,参考疾病严重程度和年度费用划分待遇等级。

### 4.3 建立健全长三角先行的异地就医协同监管体制与运行机制

加强对纳入门诊统筹的零售药店的管理,细化长三角各地区零售药店药品的支付标准,有序完善各地零售药店的预算管理机制。积极探索长三角异地就医协同监管机制,通过医保基金联审互查工作组试点推动医保基金监管法律依据、执法流程与处罚标准的统一,实现结果互认。加强数智化行为监管,利用大数据和 AI 技术实时监控结算数据,强化异地就医费用全领域、全过程、全方位监管。

**作者贡献:**冯逸佳、张璐莹负责文章的构思与设计、修订与审校;冯逸佳、李骄阳和张森伟负责资料收集、整理与分析;冯逸佳负责论文的撰写;张璐莹、陈文负责思路指导、控制文章质量。

**作者声明**本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央 国务院印发《长江三角洲区域一体化发展规划纲要》[EB/OL]. (2019-12-01) [2025-03-05]. [http://www.gov.cn/zhengce/2019-12/01/content\\_5457442.htm](http://www.gov.cn/zhengce/2019-12/01/content_5457442.htm)
- [2] 冯毅. 贵州省城乡居民基本医疗保险门诊统筹政策研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(11): 793-798.
- [3] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见(国办发〔2021〕14号)[EB/OL]. (2021-04-13) [2025-04-01]. [https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-04/22/content\\_5601280.htm](https://www.gov.cn/zhengce/content/2021-04/22/content_5601280.htm)
- [4] 张磊, 武若瑜, 陈非非, 等. 我国职工医保门诊共济保障改革的进展与思考[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(10): 10-13.
- [5] 高奇隆, 朱佳英, 朱立明, 等. 职工医保普通门诊统筹政策的省际比较研究[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(1): 43-47.
- [6] 林伊莎, 席晓宇, 朱铭来, 等. 职工医保门诊统筹待遇设计与医疗服务利用研究[J]. 中国医疗保险, 2024(10): 52-61.
- [7] 李慧慧, 向晨, 张治国. 我国职工基本医疗保险门诊共济保障下门诊慢特病保障政策比较分析[J]. 健康发展与政策研究, 2024, 27(5): 396-402.
- [8] 雷清强, 陈天池, 廖博玮, 等. 定点零售药店纳入医保

门诊统筹管理实践比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(12): 26-32.

[9] 胡婉慈, 杨钰婷, 左根永. 我国零售药店纳入门诊统筹政策省际比较研究[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(10): 56-63.

[10] 国家医疗保障局. “公开比价+”让定点药店价格更加公开透明、公平合理[EB/OL]. (2024-10-21)[2025-03-05]. [https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/10/21/art\\_14\\_14340.html](https://www.nhsa.gov.cn/art/2024/10/21/art_14_14340.html)

[11] 索丽, 詹长春. 网络购药公众感知效能研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2024, 24(6): 598-603.

[12] 中华人民共和国中央人民政府. 浙江省“智慧医保”系统全省域上线运行[EB/OL]. (2022-03-08)[2025-03-05]. [https://www.gov.cn/xinwen/2022-03/08/content\\_5677875.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2022-03/08/content_5677875.htm)

[13] 江苏省医疗保障局. 关于推进江苏省电子处方中心建设工作的通知[EB/OL]. (2022-12-08)[2025-03-05]. [https://ybj.jiangsu.gov.cn/art/2022/12/12/art\\_75671\\_10704647.html](https://ybj.jiangsu.gov.cn/art/2022/12/12/art_75671_10704647.html)

[14] 南京市医疗保障局. 南京市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法[EB/OL]. (2022-12-27)[2025-03-05]. <https://ybj.nanjing.gov.cn/gkml/202212/P020221231362322940735.pdf>

[15] 南京市医保局. 2023年南京市医疗保障事业发展统计快报[EB/OL]. (2024-07-23)[2025-04-01]. [https://ybj.nanjing.gov.cn/gkml/202407/t20240723\\_4720373.html](https://ybj.nanjing.gov.cn/gkml/202407/t20240723_4720373.html)

[16] 苏州市医疗保障局. 关于完善我市门诊统筹支付政策的通知[EB/OL]. (2024-05-28)[2025-03-05]. <https://www.suzhou.gov.cn/szsrnzf/bmwj/202405/8ecc900993054effa188bb777350c8de.shtml>

[17] 中华人民共和国中央人民政府. 长三角异地就医门诊费用直接结算系统全面联通[EB/OL]. (2019-09-25)[2025-03-05]. [https://www.gov.cn/xinwen/2019-09/25/content\\_5433074.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2019-09/25/content_5433074.htm)

[18] 吕大伟, 李力, 尹婷, 等. 长三角门诊费用跨省直接结算政策实施效果初探: 以上海数据为例[J]. 中国医疗保险, 2021(7): 43-50.

[19] 范晓苑, 刘凯捷, 楼英婷, 等. 浙江省城乡居民医保门诊慢特病待遇保障现状及政策差异分析[J]. 中国医疗保险, 2023(7): 85-90.

[20] 任平平, 陈勇, 赵允伍, 等. 异地就医对DRG/DIP支付方式的影响及对策分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2025, 25(1): 16-20.

[收稿日期:2025-04-01 修回日期:2025-04-12]  
(编辑 赵晓娟)

## 2025 年世界卫生日：健康起点，希望未来

根据世界卫生组织的数据,目前每年有近 30 万妇女因妊娠或分娩而失去生命,超过 200 万婴儿在出生后第一个月内死亡,另有数百万婴儿胎死腹中。根据这一趋势,五分之四的国家难以实现到 2030 年改善孕产妇生存的全球目标。

为应对这些挑战,2025 年世界卫生日的主题是“健康起点,希望未来”,此次活动敦促各国政府和卫生界加大努力,终结可预防的孕产妇和新生儿死亡,

并优先关注妇女的长期健康与福祉:(1)世界各地的妇女和家庭都需要在分娩前、分娩期间及分娩后获得高质量的身心照护。(2)卫生系统必须不断发展,以应对影响孕产妇和新生儿健康的众多问题,这些问题不仅包括直接产科并发症,还包括精神健康问题、非传染性疾病和计划生育。(3)妇女和家庭应得到法律和政策的支持,以保障其健康与权利。

(来源:世界卫生组织网站)